

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE CHIRURGICALE — PROFESSEUR DOCTEUR E. KUMMER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TORSION DU TESTICULE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugénio MÉDINA

de COLOMBIE

LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

Thèse N° 1.305

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE CHIRURGICALE — PROFESSEUR DOCTEUR E. KUMMER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TORSION DU TESTICULE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR L'OBTENTION DU GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugénio MÉDINA

de COLOMBIE



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1929

Thèse N° 1.305

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Professeur E. Kummer, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 28 Août 1929.

Le Doyen,
Docteur M. ROCH.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET MES SŒURS

En témoignage de ma plus profonde
reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. KUMMER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Comme preuve de respectueuse
admiration.

ETIOLOGIE

Autrefois, on attribuait à l'ectopie testiculaire une part très importante et on ne connaissait de torsion que celle du testicule ectopique.

Depuis, les études de torsion chez l'enfant, l'importance de l'ectopie testiculaire a beaucoup diminué et on la trouve dans très peu de cas.

La disposition anatomique prédisposante a été souvent incriminée, la forme discoïde du testicule, l'aplatissement et la brièveté du cordon spermatique, la bifidité du cordon qui accompagne l'inversion du testicule et qui fait un isolement anormal entre les vaisseaux spermatiques d'une part et le canal déférent d'autre part.

Une cause qui paraît être plus importante est la pédiculisation avec mobilité anormale du testicule.

La cause occasionnelle est souvent chez l'adulte un effort abdominal.

La masturbation bien que souvent incriminée n'est que rarement relevée.

Le traumatisme direct a été parfois l'origine d'une torsion.

Un mouvement brusque des cuisses, tels que le fait de croiser les jambes, peut être en cause.

PATHOGÉNIE

Fixé à la paroi abdominale par son pôle supérieur, le cordon spermatique ne peut s'enrouler sur lui-même qu'à une condition : c'est que le testicule appendu à son extrémité inférieure, exécute une rotation d'un ou plusieurs tours. Mais le testicule fait saillie dans une cavité séreuse et où à l'état normal il n'est pas libre de tourner. Il est maintenu, dans la région postéro-inférieure, au niveau du cul-de-sac d'union du feuillet viscéral avec le feuillet pariétal.

La rotation du testicule capable d'amener la torsion du cordon spermatique ne paraît possible que si la torsion se fait dans l'espace scrotal, en dehors du sac fibro-séreux ou la torsion se fait dans la vaginale.

La torsion dans la vaginale est le type plus ordinaire, le sac fibro-séreux du testicule reste en place et c'est dans la vaginale elle-même que tourne l'organe. Pour qu'un volvulus semblable se produise, une condition première est nécessaire : à savoir, la pédiculisation du testicule qui résulte de la présence anormale d'un mésotestis allongé. Le testicule ainsi pédiculé, assez souvent ectopique et quelquefois en

position d'inversion, offre des conditions de mobilité anormale, à l'intérieur de la vaginale.

Dans la torsion dans l'espace scrotal en dehors du sac fibreux, c'est-à-dire le bistournage, toute la vaginale participe à la torsion; la torsion du cordon évolue parallèlement à la rotation du testicule, non pas dans l'enveloppe fibro-séreuse, mais avec cette enveloppe. Dès lors, on peut comprendre que cette torsion n'est possible que quand l'enveloppe est libre de toute adhérence avec les téguments du scrotum, fait qui paraît pouvoir se réaliser dans l'ectopie inguinale du testicule; quand, par un effort, par exemple le testicule ectopique sort du canal inguinal, emportant avec lui l'enveloppe fibro-séreuse qui se trouve à ce moment libre.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

La torsion du cordon spermatique n'interrompt pas le cours du sang artériel, mais amène l'arrêt de la circulation veineuse du testicule, d'où la congestion, puis l'hémorragie, l'infiltration interstitielle diffuse du parenchyme par le sang extravasé, l'infarctus hémorragique, la constitution de foyers apoplectiques, et enfin la nécrobiose glandulaire bientôt suivie d'atrophie,

EVOLUTION DES LÉSIONS

C'est du degré de torsion que dépendent les lésions immédiates du parenchyme testiculaire. Chez certains malades, la torsion est suivie quelques heures après le début des accidents d'un véritable déroulement du cordon; alors, on peut envisager deux éventualités :

1° Ou bien la suppression du cours du sang est de très courte durée, auquel cas le testicule récupère sa vitalité, conserve son volume et ne garde probablement comme trace des infarctus de son parenchyme que des noyaux éphémères;

2° Ou bien la détorsion ne se produit que tardivement et le testicule subit une atrophie plus ou moins marquée, conséquence de l'orchite interstitielle qui se développe autour des infarctus. Si la rotation funiculaire ne se corrige pas, le testicule, privé de sang, meurt, et la destruction le frappe de deux manières différentes suivant que, exposé ou soustrait au contact des agents septiques, il subit la nécrobiose septique ou aseptique. Dans le premier cas, on aura le sphacèle avec suppuration, l'élimination gangréneuse; et dans le second, la dégénérescence granulo-graisseuse. Le testicule se greffe alors en quelque sorte sur ses enveloppes et grâce à l'adhérence de deux feuillets de la vaginale, fait corps avec les bourses. Bientôt la circulation se rétablit dans ces diverses membranes, mais ne va pas au delà de la membrane propre du

testicule de telle façon que la substance propre de l'organe reste définitivement privée de vie.

Séparé de ses vaisseaux, le testicule disparaît fatalement de l'économie, il passe par les diverses phases de la regression graisseuse et les produits ultimes de cette métamorphose sont absorbés par les vaisseaux périphériques, le testicule s'atrophie lentement et il finit par disparaître.

Par contre, s'il y a infection, on voit alors le testicule s'abcéder ; une fistule s'ensuit par laquelle les masses nécrosées s'éliminent.

Donc, un fait est intervenu, qui a suffi pour changer aussi radicalement le processus : c'est la présence de germes pathogènes; c'est donc l'infection qui préside pour une large part aux destinées de la glande après torsion de son pédicule. Cette infection peut venir par voie sanguine; la très démonstrative expérience de Chauveau le confirme : si on tord le pédicule d'un animal en état de septicémie expérimentale, il présente des accidents phlegmoneux au niveau du testicule et de l'épididyme. C'est aussi sans doute, dans un état de microbisme plus ou moins larvé qu'il faut chercher l'explication de la gravité que présentent quelquefois, chez l'homme, les troubles consécutifs à la torsion du cordon spermatique.

Qu'il y ait, ou non, infection secondaire, le testicule dont le pédicule vasculaire est fonctionnellement supprimé par la torsion est voué à la disparition.

CLINIQUE

TORSION DU TESTICULE CHEZ L'ADULTE

a) La torsion du cordon spermatique a presque toujours un début brusque caractérisé, par une violente douleur, souvent syncopale dans la région lombo-iliaque ou funiculo-scrotale.

Elle se produit généralement au cours d'un effort, quelquefois après une journée de fatigue, rarement chez les individus au repos. La plupart du temps, les accidents surprennent le malade ; mais dans certains cas, ceux-ci sont précédés pendant quelques heures de tiraillement douloureux dans la fosse iliaque et la région inguinale. La brusquerie d'apparition et l'intensité de la douleur sont, en général, des signes d'importance capitale pour caractériser le début de la torsion.

PÉRIODE D'ÉTAT

La torsion du cordon spermatique est caractérisée cliniquement par deux ordres de symptômes :

a) La tuméfaction douloureuse, conséquence des troubles circulatoires de l'appareil épидидyme-testiculaire.

b) La réaction du système nerveux, avec des symptômes abdominaux résultant de la torsion des nerfs

du plexus spermatique et de l'irritation consécutive du sympathique abdominal.

Le testicule, l'épididyme et le cordon se tuméfient, la vaginale est distendue par un épanchement; les téguments sont soulevés par une tuméfaction douloureuse, tendue, élastique, rénitente, mate, irréductible. On prend facilement cette tuméfaction pour une orchio-vaginalité aiguë quand le testicule est descendu dans les bourses ou pour une hernie étranglée quand la torsion porte sur une glande ectopique.

La tuméfaction locale affecte, en général, au bout de quelques heures une forme franchement phlegmo-neuse, le scrotum devient rouge, le tissu cellulaire s'infiltré.

Le système nerveux abdominal fournit ses réactions habituelles : le faciès est pâle, grippé, le pouls petit est fréquent; il y a des nausées, des vomissement; l'intestin se paralyse et le ventre se ballonne; d'autres fois, le ventre se rétracte, la cuisse se fléchit, d'où douleur et gêne à la marche, la paroi présente à l'exploration de la défense musculaire.

Tous ces symptômes locaux et généraux sont d'une intensité variable, celle-ci dépend du degré plus ou moins accentué de la torsion et des réactions individuelles.

EVOLUTION

L'évolution et la durée des accidents sont variables. Chez quelques malades, ils disparaissent après quelques heures, sans laisser aucune trace : la détorsion

spontanée s'est produite, souvent favorisée par le repos, les applications chaudes. Elle est rare. Chez d'autres, ils s'atténuent après deux ou trois jours, mais l'infarctus hémorragique s'est produit et entraîne une atrophie testiculaire, dont les premiers signes ne tardent pas à apparaître.

Enfin s'il y a infection, la mortification du testicule perd alors son caractère de nécrobiose aseptique pour prendre celui d'une suppuration aiguë; des adhérences s'établissent entre les téguments et le testicule, un abcès se forme et s'ouvre; la glande au lieu de se résorber s'élimine par escarres successives.

TORSION DU TESTICULE CHEZ L'ENFANT

Cet accident peut survenir chez des enfants bien portants. On le rencontre aussi bien vers l'âge de 10 à 12 ans que chez le nourrisson de quelque mois.

Un jeune garçon âgé de 8 à 11 ans bien portant jusqu'alors, souvent sans aucune tare, ressent brusquement une douleur d'intensité variable au niveau des bourses. Il a quelques nausées, de la perte de l'appétit, un peu de fièvre. C'est en général deux jours après le début des accidents qu'on est appelé à examiner l'enfant. Le scrotum n'est atteint que d'un seul côté; il est déplié, rougeâtre et revêt un aspect inflammatoire. La bourse, très augmentée de volume dans son ensemble, est œdématisée et les téguments sont parfois adhérents aux plans sous-jacents.

La palpation est douloureuse, et tant à cause de ce

fait que de l'œdème inflammatoire, il est difficile de palper de façon précise la glande génitale. On se rend tout de même compte de son augmentation de volume.

Dans quelques cas, l'épididyme est perceptible et presque toujours alors on peut localiser en un point précis une douleur plus vive.

L'examen du cordon dans son trajet funiculaire et inguinal peut réveiller une certaine sensibilité.

En résumé, rien de bien alarmant au point de vue général. Mais localement un syndrome net d'orchite aiguë à allure inflammatoire.

Si l'enfant est abandonné à lui-même, l'évolution peut se faire de différentes façons.

On peut voir la rougeur du scrotum persister pendant un temps assez long : quinze jours, trois semaines parfois, puis peu à peu le scrotum s'assouplit et reprend son aspect normal. Tout a donc l'apparence d'être rentré dans l'ordre. Mais si un ou deux mois après on examine l'enfant à nouveau, très souvent on ne trouve plus de testicule, ou bien on sent un testicule réduit à une petite masse fibreuse de la grosseur d'un poids et ayant perdu cette susceptibilité à la pression qu'on appelle sensibilité testiculaire.

D'autres fois, vers le sixième ou le septième jour on voit la rougeur et la tuméfaction augmenter; le scrotum se tend, devient lisse, rouge foncé, la fièvre apparaît; au bout de quelques jours cet abcès s'ouvre, donnant issue à un liquide aseptique ou purulent.

La fistule ainsi formée va persister pendant un temps variable de dix jours à six semaines. Lorsque

la suppuration est abondante, quatre à cinq jours après son début on peut parfois trouver dans le pus des fragments, de tubes séminifères et des petites masses sphacélées marquant la fonte du testicule, puis la fistule se ferme quand le testicule est éliminé.

A côté de ces deux types d'évolution on peut observer des cas intermédiaires dans lesquels la suppuration s'étant établie, la fistule se ferme au bout de cinq à six jours, on constate à ce moment la persistance du testicule; mais au bout d'un mois ou deux, ce dernier a disparu. Dans ces cas, il y a d'abord suppuration, puis atrophie secondaire du reste de la glande.

DIAGNOSTIC

Chez l'adulte, l'erreur la plus fréquemment commise est celle qui consiste à prendre les accidents de torsion pour des accidents d'étranglements herniaires.

La torsion se manifeste par la douleur subite, violente et par l'apparition d'une tumeur à la place du testicule. Elle s'accompagne parfois de symptômes réflexes, tels que douleurs abdominales, arrêt passer des selles et des gaz, syncope.

Le diagnostic différentiel entre la torsion testiculaire dans le canal inguinal et une hernie intrapariétale étranglée pourrait rester en suspens. Comme l'intervention est indiquée dans les deux cas, le chirurgien

gien opérera immédiatement afin de sauver soit l'intestin, soit le testicule.

L'orchite aiguë doit être éliminée. On cherchera l'écoulement (blennorragie), les lésions prostatiques (tuberculose) et les antécédents infectieux (oreillons). Mais si l'on veut aboutir à un diagnostic de probabilité, c'est à l'évolution, c'est aux troubles fonctionnels et aux signes généraux qu'il convient de faire appel.

DIAGNOSTIC CHEZ L'ENFANT

Après s'être assuré par un examen général approfondi de l'enfant qu'il ne s'agit point d'une orchite secondaire à une blennorragie, peut-on pencher pour une torsion testiculaire, ou pour une lésion d'autre nature ?

La torsion testiculaire se traduit par une intensité marquée de tous les phénomènes observés : la douleur initiale est très vive, le gonflement et la rougeur du scrotum sont extrêmes. La palpation est douloureuse pour l'ensemble de la bourse tuméfiée et rend son examen difficile. C'est à peine si on peut distinguer à travers les parois très infiltrées la glande augmentée de volume. La sensibilité du cordon dans la région inguinale est un signe important. Enfin la fièvre est élevée.

Par contre, si on veut faire le diagnostic différentiel avec la torsion de l'hydride de Morgagni, nous ne croyons pas qu'il existe des signes différentiels de certitude; du moins il existe des signes de présomptions. Ce sont : l'allure subaiguë des accidents, l'augmentation de volume plus considérable de la tête de

l'épididyme et la douleur à la pression nettement plus vive à son niveau. La douleur initiale est moins violente, elle diminue rapidement. Les signes d'inflammation aiguë sont atténués. Le cordon est peu ou pas douloureux, souvent légèrement épaissi, toujours facile à explorer.

La tête de l'épididyme est très nettement augmentée de volume, forme un bloc avec le testicule, c'est là à son niveau qu'on observe le maximum de douleur à la pression, alors qu'on peut palper plus facilement le pôle inférieur du testicule et la queue de l'épididyme.

TRAITEMENT

« L'avenir de la glande testiculaire est fonction de la précocité de l'intervention. »
OMBRÉDANNE.

Nos conclusions seront en faveur de l'intervention chirurgicale et de l'intervention chirurgicale précoce.

Passons en revue les autres modes de traitement :

L'abstention a été de règle anciennement lorsqu'on croyait à la tuberculose aiguë chez l'enfant, ou qu'on pensait à une orchite aiguë chez l'adulte; aujourd'hui on ne le pense guère, elle est rigoureusement condamnée. Cependant, il y a des cas où le déroulement du cordon s'opère spontanément, sans du reste qu'on puisse en préjuger l'intégrité ultérieure du

testicule. Nous savons d'après les recherches d'Enderslen qu'il suffit que la circulation ait été interrompue dans le cordon pendant 22 heures, pour que l'atrophie ultérieure du testicule soit inévitable. L'anatomie pathologique, la physiologie et la clinique montrent les dangers de ces torsions larvées qui laissent à leur suite un testicule atrophié, par conséquent on ne saurait parler alors de guérison absolue.

LA DÉTORSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

Sans doute elle est possible et pourrait être tentée en présence d'accidents tout récents, mais l'on ne comptera guère sur elle, du reste pour l'évolution ultérieure, elle est passible des mêmes critiques que l'abstention.

LA DÉTORSION PAR OPÉRATION SANGLANTE EST LA MÉTHODE DE CHOIX

Agir tout de suite est le seul moyen de couper court aux accidents et de sauver le testicule s'il en est encore temps (Lejars).

En effet : en cas de torsion totale, on sauve le testicule tordu et on évite une nouvelle torsion en retournant la vaginale.

En cas de détorsion spontanée, le retournement de la vaginale évite toute récive.

La castration d'emblée s'impose toutes les fois que les lésions sont très étendues, que les accidents, déjà

anciens ou à évolution particulièrement rapides, ne permettent pas de détordre, ou qu'après détorsion, on constate de grosses lésions de nécrobiose aseptique ou septique; elle s'impose encore s'il existe d'autres lésions testiculaires — tuberculose, cancer.

OBSERVATIONS

1. — UN CAS DE TORSION DU TESTICULE

(Professeur KUMMER)

Jeune homme de 17 ans. Dans la première enfance le testicule droit ne serait pas descendu dans la bourse comme son adelphe.

Histoire de la maladie. — Au milieu de septembre 1925, il ressent subitement une douleur violente dans la région du testicule droit, la crise dure 4 à 5 heures. Il a pu reprendre le travail le jour même. Dans la nuit du 2 au 3 novembre 1925, nouvelle crise douloureuse. Un médecin appelé, trouve la région épидидymaire douloureuse, augmentée de volume. Testicule normal, non douloureux. Pas de fièvre. Pas d'urétrite. Pas d'oreillons. Pas de traumatisme.

Traitement. — Compresses froides, pommade au thygenol, salicylate de méthyle.

Les jours suivants, la bourse augmente de volume, devient dure, douloureuse, œdématisée. Le médecin pense à une torsion et envoie le jeune homme à la Clinique Chirurgicale.

Examen. — On trouve une tuméfaction de la grosseur d'une orange englobant le testicule et l'épididyme droits. La peau de la bourse est fortement tuméfiée, hémorragique. Il est difficile de distinguer l'épididyme du testicule qui paraît cependant être en avant. La partie inférieure du cordon est du volume d'un gros pouce, cylindroïde, douloureuse à la pression. Cette tuméfaction est nettement limitée à 2 ou 3 cm. environ en dessous de l'orifice inguinal externe, où le cordon redevient à peu près normal. Adénopathie inguinale droite. Pas d'écoulement. Pas de fièvre. Testicule gauche normal. Au toucher rectal, rien de particulier.

Opération. — On traverse un tissu œdématié. La tunique vaginale propre est épaissie, la surface interne violacée, distendue par un liquide séro-hémorragique. Le testicule et l'épididyme constituent une masse violacée, grosse comme une petite pomme. En suivant le cordon spermatique jusqu'à l'épine pubienne, on trouve un anneau de torsion. La détorsion (180° environ) se fait sans difficulté. Un repli de la séreuse d'une largeur de 3 centimètres environ, relie l'épididyme et la partie inférieure du cordon à la paroi postérieure de la tunique vaginale propre.

Résection partielle de la tunique vaginale propre. Fixation du testicule détordu au tissu voisin, par quelques points de catgut; suture cutanée, drainage.

Suites opératoires. — La guérison s'opère sans incident, avec écoulement de sang abondant pendant les premiers jours.

Remarque. — L'existence d'une sorte de méso-épididymo-funiculaire a été sans doute la cause prédisposante de la torsion du testicule flottant librement dans la cavité vaginale. La cause déterminante de la torsion doit probablement être cherchée dans des contractions crémastériennes. L'infarctus très prononcé du testicule et de l'épididyme fait prévoir un degré plus ou moins prononcé d'atrophie pour l'avenir.

2. — TORSION DU TESTICULE

(Professeur KUMMER)

G. E., 48 ans. Entré à l'hôpital le 20 avril 1929.

Histoire de la maladie. — A la fin mars 1929, le malade ressent des douleurs à la miction, surtout après avoir uriné; en même temps, sa femme constate du sang dans les urines; cette hématurie n'aurait duré qu'un jour et aurait été peu abondante. Le malade continue son travail de cultivateur. Au bout de huit jours environ, les douleurs à la miction cessent sans traitement.

Le 5 avril 1929, le malade étant au travail aux champs, ressent une douleur dans le testicule gauche, d'abord assez légère, puis qui augmente les jours suivants. Le testicule se tuméfie rapidement; le malade fait de la fièvre, et est obligé de s'aliter. Le médecin appelé, fait pendant une dizaine de jours un

traitement avec compresses et pommades, puis il l'envoie à la Clinique Dermatologique.

Examen d'entrée. — Homme de 48 ans, amaigri, au teint plombé, sans appétit. On constate un testicule gauche tuméfié, en forme de poire, de consistance élastique, opaque aux rayons. La palpation n'est pas très douloureuse; on n'arrive pas à palper l'épididyme; le cordon spermatique est tuméfié dans son trajet inguinal et abdominal. Au niveau de l'arcade crurale, le cordon se renfle, formant comme un nodule dur; pas de douleurs abdominales; le cordon tuméfié n'est pas très sensible. Dans les plis de l'aîne, à gauche et à droite, petits ganglions durs; pas d'écoulement purulent.

Urine légèrement trouble; sucre, 0; alb. 0.

Sédiments : Quelques globules de pus.

Prostate : Les deux lobes sont normaux, indolores, le massage ne produit aucun écoulement.

Le 26 avril 1929, les accidents n'ayant pas rétro-cédé, le malade est transféré en Chirurgie où le Professeur Kummer décide d'intervenir.

Opération le 27 avril 1929. — Incision inguino-scrotale. Découverte du testicule et du cordon. Le testicule et l'épididyme sont fortement infiltrés, la distinction des deux est impossible. Dans la tunique vaginale, on sent une fluctuation; on ouvre la tunique pour se rendre compte de la nature du liquide. On trouve du pus et on se décide à faire la castration. L'incision est continuée. Le cordon est très infiltré, soit dans sa partie vasculaire, soit dans le canal dé-

fèrent, mais surtout la partie vasculaire. Le cordon vasculaire est suivi jusqu'au tissu du canal inguinal, le défèrent jusqu'à son entrée dans le petit bassin, par refoulement du péritoine. Réfection de la paroi; à ce moment on pique un gros vaisseau veineux, qu'on prend pour une branche de la circonflexe iliaque interne; ce vaisseau est blessé tout près de son départ de la veine iliaque. La pression sanguine considérable fait notablement saigner.

Application de clamps. Le vaisseau lui-même ne peut être individuellement isolé; on fait par conséquent des sutures vasculaires en masse. L'hémorragie est entièrement arrêtée.

Reconstitution de la paroi à la Bassini. Tout le tissu est très fortement congestionné; toutes les veines cutanées saignent beaucoup.

Examen de la pièce. — Une coupe est pratiquée; on trouve une orchite suppurée, sans signes de tuberculose; une congestion de l'épididyme, sans pus à l'épididyme; il s'agit d'une panorchite infectieuse suppurée, de nature indéterminée.

Suites opératoires. — Le lendemain, le malade fait une ascension thermique à 40° qui persiste les jours suivants; on fait le diagnostic de septicémie à colibacilles et on commence un traitement au coli-yatrène et diénol. Hémoculture négative; localement pas de suppuration.

Huit jours après l'opération, le malade est très fatigué; la température est toujours élevée; on enlève les agrafes. on constate dans le flanc gauche, en de-

hors de la plaie, une infiltration rouge, dure. On fait sauter la partie suppurée de la plaie, l'infiltration à côté de celle-ci s'étant étendue; il ne s'écoule pas de pus. Petit drain, compresses chaudes.

Le 7 mai, l'infiltration a augmenté et on décide d'ouvrir largement; anesthésie générale au kélène; on fait sauter la cicatrice et on dilacère les tissus voisins au Tripiér. Il ne s'écoule pas grand' chose; drainage.

Le jour suivant, la plaie coule passablement, la température descend. Applications de Dakin toutes les deux heures.

La plaie continue à suppuer, peu; le malade se sent mieux, son appétit revient peu à peu.

Vingt jours plus tard, l'état général du malade est excellent; on met sa plaie au soleil une heure par jour.

Le 27 juillet, tout allant bien, la plaie étant presque complètement cicatrisée, le malade quitte l'hôpital avec un très bon état général.

Examen anatomo-pathologique de la pièce fait par le Professeur Askanazy. — Le testicule montre un tissu blanchâtre avec de grandes parties grisâtres, consistance assez molle en général, avec des endroits un peu plus durs.

Examen microscopique. — Beaucoup de canalicules séminifères sont nécrosés. Le stroma interstitiel ne montre que quelques débris nucléaires. Une zone présente des noyaux en caryorrhèxis. Forte infiltration leucocytaire massive,

Le cordon présente une infiltration lymphocytaire, prolifération du tissu fibreux. Veines et artères sans modifications, de même que le canal déférent.

Dans quelques petites veines on observe une position marginale de leucocytes.

D. A. : Torsion et nécrose du testicule.

BIBLIOGRAPHIE

- BAROZZI. — Torsion spontanée du cordon spermatique. (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, janv. 1898).
- BAUDET. — Volvulus du testicule (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1922, XCII).
- BEGG. — Torsion of the testis accuring during of immediately after. birth. (*Brit. M. J. Lond.*, 1921, II).
- BONNET A., TRUC E.. — Torsion of Morgani Hydatide case. Operation. (*Arch. Soc. de Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, mars 1928).
- BORCHGREVINK. — Inversio testis and torsion of the seminal cord. (*Norsk. Mag. f. Laegevidensk-Kristiania*, 1921, LXXXII).
- BRUCH. — Ectopie testiculaire suivie de sphacèle du testicule par torsion du cordon. (*Soc. de Chir.*, 1908, p. 721).
- CABOT. — Etranglement du testicule par torsion du cordon. (*Boston Med. and surg. Journ.*, juin 1903).
- CAHEN. — Torsion des Leistenhodens. (*München med. Woch.*, 1921, LXVIII).
- CHAUVEAU. — Nécrobiose et gangrène. (*Recueil de Méd. vét.*, 1873, t. X).
- CHEVASSU. — Bistournage spontanée d'un testicule ectopique. (*Arch. gén. urin.*, 1902, p. 818).
- CORTI. — Torsion case of spontaneous reduction. (*Minerva Med.*, déc. 1926).
- CROISIER. — Torsion intravaginale du cordon spermatique. (*Lyon Chirurgical*, juin 1911).

- DELASIAUVE. — Descente tardive du testicule gauche pris par une hernie étranglée. (*Revue Méd. franç. et étrang.*, 1840, p. 363).
- DELBET. — Lésions testiculaires. (*Revue gén. de chir. et de thérap.*, Paris, 1923, XXXVII).
- DE QUELVAIN. — Ueber subject. Verlag einkl. des Leistenscheidens. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1901, p. 271).
- ENDERLEN. — Klin. und. experim. Studien sur Frage der torsion des Hodens. (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1896, Bd. XLIII, p. 177).
- FULLERTON. — Torsion of the testis. (*Med. Press.*, Lond., 1926, n. s. CXXI).
- GIBSON. — Torsion of the testicle report of two cases. (*Calif. et West. Med. San Fran.*, 1926, XXV).
- GRIFFIN. — Gangrene of testicle due to torsion of cordon. (*Long Island M. J. Brooklyn*, 1923, IV).
- GOING. — A case of torsion the testicle with notes on the path. cond. in three spec. by A. Keith. (*Lancet*, London, 1906, p. 370).
- GREGERSEN. — Case of torsion of the testis. (*Uberskr. f. Læger Kobenh.*, 1924, LXXXVI).
- GRIGNANI. — Necrosis from torsion of spermatic cord. (*Bull. d. Soc. Med. chir. di Pavia*, 1926).
- GRIMALDI. — Torsion. (*Semana Med.*, april 1928).
- HARMANN et RENAND. — Un cas de torsion d'un testicule en ectopie chez un enfant. (*Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1921, XCI).
- HORMOND. — Torsion of intraabdominal testis. (*Ann. Surg. Febr.*, 1927).
- IRK. — Zur frage der Torsio testis. (*Zentrabl. f. Chir.*, Leipz., 1926).
- ISELIN. — Volvulus du testicule avec torsion du cordon spermatique, infarctus et nécrose aseptique du testicule. (*Bull. Soc. Franç. d'Urolog.*, Paris, 1924, III).
- ALSO. — *J. d'Urolog. Méd. et Chir.*, Paris, 1925, XIX).
- KLINGER. — Torsion des Samenstranges. (*Munch. med. Wochenschr.*, 1905, p. 363).
- KUMMER. — Torsion du testicule. (*Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 1926, XLVI, p. 319).

- KUTTNER. — Fall von Torsion des Samenstranges mit Nekrose des Hodens. (*Münch. med. Wochenschr.*, 1906, p. 483).
- LAPORTE. — La torsion du cordon spermatique. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1904).
- LEGUEU. — Etranglement du testicule par torsion du cordon spermatique. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1896, et *Presse Méd.*, 1896).
- LEJARS. — Torsion du cordon spermatique. (*Chirurgie d'urgence. Traité*).
- MANFREDUZZI. — Torsion et gangrène du testicule. (*La Clinica Chir.*, 30 avril 1909).
- MARTIN (A.). — Torsion acute orchitis of mechanical origin in children. (*Medecine*, 8 oct. 1926).
- MARTIN (C.). — Les torsions de l'appareil testiculaire en situation normale à formes d'orchites aiguës. (*Arch. Méd. d'Angers*, 1920, XXIV).
- MARTIN-LAVAL. — Un cas d'anomalie du testicule avec torsion spontanée du cordon et nécrobiose du testicule. Castration, guérison. (*Marseille Méd.*, 1921, LVIII).
- MASCHKE. — Infarctus hémorragique du testicule. (*Deutsche med. Wochenschr.*, juillet 1909).
- MANSON. — Etranglement du testicule par torsion spontanée du cordon spermatique. (*Bull. Méd.*, 1902).
- MATRONOLA. — Torsion spontanea del testicolo in un bambino di quindici mesi. (*Polclin. Roma*, 1921, XXVIII, sez. prat.).
- MAUCLAIRE. — Nécrose spontanée du testicule. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1902, p. 818).
- MELTZER. — Torsion of the testicle. (*J. Urol. Balt.*, 1926, XV).
- MOUCHET. — Sur une variété d'orchite aiguë de l'enfance due à une torsion de l'hydride de Morgagni. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, avril 1923, et *Presse Méd.*, mai 1923).
- Les Orchites subaiguës de l'enfance et de l'adolescence par torsion de l'hydride de Morgagni. (*Monde Méd.*, Paris, 1926).
- La torsion du cordon spermatique chez l'enfant. (*Paris Méd.*, juillet 1922).

- NASH. — Torsion of the testis in an infant. (*Brit. M. J., Lond.*, 1921).
- NAVARRO. — Una rara complication de la ectopia testicular. (*Ann. Fac. de Med.*, Montevideo, 1922-23, VIII).
- NICOLADONI. — Sur la torsion du cordon spermatique considérée comme complication particulière de la cryptorchidie. (*Langenbeck's Arc. f. Klin. Chir. Berlin*, 1884, Bd. XXXI).
- NOGUES. — Fongus du testicule par infection colibacillaire pure. (*Bull. Soc. Franç. d'urolog. Paris*, 1922, I).
- OMBRÉDANNE. — Torsions testiculaires chez les enfants. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, mai 1913, p. 779).
- L'orchite aiguë primitive des enfants. (*La Presse Médicale*, juillet 1913, p. 585).
- PÉRARD et ARVISET. — Torsion, case with general discussion. (*J. d'Urolog.*, janvier 1928, p. 22).
- PETRIDIS. — Un cas de torsion du testicule. (*Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir. Paris*, 1925, LI).
- SCHUMACHER. — Die Torsion des Samenstrages. (*Revue Suisse de Médecine*, février 1911).
- SEBILEAU et DESCOMPS. — Torsions du cordon spermatique. (*Traité de Chir. de Le Dentu et Delbet*, 1916).
- VANVERTS. — La torsion du cordon spermatique. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1904).
- WILLIAMS. — Torsion du testicule. (*New-York Med. Journ.*, juin 1903).
- ZENO et CAMES. — Torsion two cases with general discussion. (*Semana Med.*, sept. 1928).
-

TABLE DES MATIÈRES

Etiologie.....	5
Pathogénie.....	6
Anatomie et Physiologie. Pathologique.....	7
Clinique	10
Diagnostic	14
Traitement.....	16
Observations.....	19
Bibliographie.....	27



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

o 42, QUAI GAILLETON ,

• • • • • LYON • • • • •

